

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



« Nager à contre-courant comme des saumons... » : les défis d'un centre de santé communautaire francophone en Ontario — Entrevue avec Wesley Romulus

Michèle Kérisit

Volume 1, numéro 2, automne 1995

La santé communautaire en Ontario français : défis et espoirs

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/026075ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/026075ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)

1712-8498 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Kérisit, M. (1995). « Nager à contre-courant comme des saumons... » : les défis d'un centre de santé communautaire francophone en Ontario — Entrevue avec Wesley Romulus. *Reflets*, 1(2), 18–36. <https://doi.org/10.7202/026075ar>

«Nager à contre-courant comme des saumons...» : les défis d'un centre de santé communautaire francophone en Ontario

Entrevue avec Wesley Romulus

Directeur général du Centre médico-social communautaire de Toronto

Installé en plein cœur de la ville, le Centre médico-social communautaire (CMSC) dessert depuis six ans la population francophone de Toronto. Nous avons demandé à son directeur, Wesley Romulus, de dresser le portrait du CMSC et de nous faire part des défis auxquels sont confrontés de tels centres. Nous n'en sommes d'ailleurs pas restés là, car nous avons à cœur de parler aussi des succès...

L'entrevue que nous présentons ici s'est déroulée davantage sous la forme d'une conversation que sous celle d'une entrevue formelle. Nous savions que M. Romulus avait le verbe facile et une connaissance approfondie du sujet. Nous voulions donc le laisser parler librement sur un sujet qui intéressera certainement les lecteurs de Reflets.

Wesley Romulus est bien connu des Francophones de l'Ontario, non seulement à travers la fonction qu'il occupe actuellement mais aussi à cause de sa connaissance personnelle et variée de la francophonie ontarienne. Tout d'abord enseignant à Hearst, il s'est ensuite «lancé dans l'administration» comme il le dit lui-même, en particulier dans des programmes fédéraux destinés aux jeunes. Par la suite, son travail pour l'Assemblée des centres culturels de l'Ontario l'a amené à parcourir la province, retrouver «ses amours d'antan», c'est-à-dire le nord de la province qu'il connaît bien, et la francophonie. Cette connaissance des spécificités régionales ontariennes, son engagement pour la «cause» francophone et son expérience de gestionnaire de terrain au Centre de Toronto le placent dans une position privilégiée pour

nous parler des défis qu'un organisme destiné à promouvoir la santé communautaire en milieu minoritaire francophone peut rencontrer au cours de sa naissance et de son développement.

Ajoutons enfin que l'entrevue avec M. Romulus a eu lieu le 30 mai 1995, quelques jours avant l'élection du nouveau gouvernement conservateur de Michael Harris. Bien que les coupures dramatiques qui s'annoncent dans les budgets sociaux et de santé risquent d'avoir déjà changé le paysage socio-communautaire franco-ontarien lors de la parution de ce numéro de Reflets, nous avons estimé que les propos de M. Romulus gardaient toute leur pertinence, les centres de santé communautaire se retrouvant souvent au cœur du système de soins et de prévention qui se dessine.

Michèle Kérisit

Professeure, École de service social, Université d'Ottawa

MK : *Avant de répondre à quelques questions sur la vie et les défis actuels du Centre, pourriez-vous nous raconter, en quelques phrases, l'histoire du CMSC. Comment est-il né, grâce à qui et pourquoi?*

WR : Le Centre est né en 1989, mais sa période de gestation a commencé au début des années quatre-vingt. L'année 1989 a été l'aboutissement du rêve de certains leaders de la communauté qui ont eu pour vision la livraison de services en français, par des personnes parlant français. Cette vision a pris naissance au sein de la section régionale de Toronto de l'ACFO. Le projet s'est ensuite détaché de l'ACFO pour devenir celui d'un comité communautaire distinct qui, après une demande de subvention auprès du ministère de la Santé en 1988, a vu sa proposition budgétaire approuvée en décembre 1988. En mars 1989, je suis arrivé en tant que premier employé du CMSC. À partir de là, nous avons commencé à mettre sur pied les services et les programmes, de sorte qu'en octobre de la même année, nous accueillions notre premier client. Voilà, dans les grandes lignes, l'histoire de la gestation et de la naissance du CMSC, qui a aussi coïncidé, dans le contexte politique, avec la mise en place de la Loi 8 sur les services en français.

MK : Était-ce le premier Centre de ce genre?

WR: Sans faire ombrage à la Clinique Ste-Anne, à Ottawa, dans la Basse-ville, nous sommes le premier Centre de santé communautaire multidisciplinaire francophone. C'est que la formule de la Clinique Ste-Anne n'est pas nécessairement une formule de santé communautaire, au sens propre. Nous sommes le premier centre de santé vraiment communautaire, multidisciplinaire, offrant toutes sortes de services sous le même toit, services qui ne sont pas livrés exclusivement par des professionnels de la santé.

MK : Quels sont les services qu'offre le CMSC?

WR: Nous offrons des services dans plusieurs domaines mais on peut les regrouper sous trois chapeaux. Tout d'abord, les services de santé proprement dits: services curatifs de médecine, de soins primaires, de soins infirmiers, de soins psychologiques. Nous offrons, par exemple, des services de diététique, des services et des programmes pour les mamans, les bébés, les femmes enceintes, les jeunes, les adolescents, etc.

Sous le second chapeau, nous regroupons les services à caractère social: services et programmes de psychothérapie, d'accueil, d'intervention en cas de crise. La dynamique de vie, la gestion de budget, la recherche d'emploi, les difficultés liées à la dépression et à l'adaptation sont quelques-uns des facteurs sociaux. Nous offrons aussi des services de développement communautaire pour aider des groupes et des organismes communautaires à se mettre sur pied, ou à organiser des groupes de support.

Sous un troisième chapeau, se trouve le volet interprétation médicale francophone. Nous offrons des services d'accueil à Toronto et d'accompagnement dans les points de service de langue anglaise. Ceci est nécessaire car nous n'avons pas toutes les spécialités. De plus, à l'échelle de la province, des régions comme celles de Timmins, Kapuskasing, Cochrane, Sudbury, ne disposent pas toujours de tous les services. Certaines spécialités ne se retrouvent qu'à Toronto. Les Francophones sont obligés de se déplacer et il n'est pas toujours possible de trouver des spécialistes qui parlent français dans des domaines très pointus comme le

cancer, la chimiothérapie ou autre. Nous avons donc une équipe de professionnels qui accompagnent les personnes francophones afin de veiller à ce qu'elles comprennent toutes les opérations, les diagnostics, la procédure, les options, les alternatives, dans leur langue maternelle. Ils s'assurent également que le professionnel qui ne parle qu'anglais puisse comprendre les problématiques de son client de langue française.

MK : Vu le nombre de services que vous offrez, combien y-a-t-il d'employés?

WR: En ce moment, nous avons vingt-sept employés. En cinq ans, nous sommes passés de zéro à vingt-sept professionnels dans différents domaines qui offrent des services aux quarante-cinq mille francophones (et plus) à Toronto.

MK : Revenons un peu sur la clientèle du CMSC, en particulier sur l'adaptation des pratiques des intervenantes et intervenants à la spécificité francophone. Comment adaptent-ils leurs pratiques aux spécificités de la population francophone de Toronto?

WR: Au départ, nous avions un défi de taille à relever qui consistait à trouver des professionnels qui viendraient oeuvrer à Toronto, en français. Nous avons posé cette problématique pour la première fois à Toronto où nous avons demandé et activement recherché des professionnels parlant français. Tout le monde nous avait dit : «Vous perdez votre temps, vous n'aurez jamais personne.» La réalité a fait mentir ces pessimistes. Je ne pense pas que les professionnels aient eu à adapter leur pratique. Il y a eu, cependant, une période d'adaptation dans la mesure où ceux et celles qui livraient leurs services uniquement en contexte anglophone ont dû désormais écouter des problématiques, poser des diagnostics, élaborer des programmes et donner des ateliers en français. Je pense que la plupart de ceux et celles que nous avons embauchés pour ces postes, qu'ils aient été originaires de l'Île Maurice, d'Haïti, de Martinique, du Vietnam, de France, de Belgique, des États-Unis, du Québec, de Hearst, Kapuskasing et j'en passe..., étaient contents de pouvoir oeuvrer dans leur langue maternelle. S'il y a eu une période de transition, ce fut surtout pour trouver et rassembler du matériel et de la documentation en français.

Nous sommes en train de monter une banque de ressources grâce à la diligence de ces professionnels pour augmenter et prolonger leur efficacité. La période de transition pour passer de la langue de Shakespeare à celle de Molière s'est faite assez vite. Les problèmes que les gens présentaient étaient des problèmes humains. Alors, que ce soit en anglais ou en français, nos professionnels pouvaient s'identifier très vite aux problématiques qui leur étaient présentées.

MK : Quant à la clientèle elle-même, pourriez-vous nous en résumer le profil? Que vient-elle chercher au CMSC?

WR : D'après nos recherches les plus récentes, la clientèle que nous desservons à l'heure actuelle est originaire de vingt-trois pays différents. Qu'elle soit née au Chili, en Espagne, en France, en Haïti, au Zaïre, en Somalie... j'allais oublier les Arabes, les Égyptiens, les Magrebins... son lien commun, c'est la langue française. Ces gens cherchent des services qui sont à leur portée, qu'ils comprennent et où ils peuvent s'exprimer. En effet, la plupart des gens ici sont techniquement bilingues: s'ils sont plombiers, par exemple, ou électriciens, ils peuvent très bien fonctionner dans la civilité de tous les jours: *How are you? Fine thank you.*, etc. Dans leur métier, ils parlent très facilement de *pipe-wrenches*, d'*elbows*. Pourtant, quand vient le temps de parler de leur foie, de leur vésicule biliaire, qui ne sont pas des termes qu'ils utilisent en anglais, il y a comme une «ratée» dans leur bilinguisme. Quand vient le temps de parler de leurs émotions, de leurs sentiments, de leurs besoins en santé, ils se trouvent plus à l'aise en français et se disent: «Ah, quelqu'un me comprend, je ne suis pas obligé de chercher des mots, ou de deviner, ou d'inventer des expressions parce que je ne trouve pas le mot exact pour expliquer ce qui se passe entre la côte numéro cinq et la six.»

MK : Est-ce que vous avez l'occasion aussi d'offrir des services en arabe, par exemple, ou en somalien? Est-ce que vous avez choisi, aussi, cette option-là?

WR : Non, nos services sont offerts en français. Aux gens qui parlent anglais ou qui sont mariés avec des Anglophones, nous disons

carrément que nos services sont disponibles en français. Alors si quelqu'un veut les obtenir en français, peu importe son autre langue, nous lui offrons ces services en français. Cette option est importante pour nous parce que nous sommes entourés d'une quinzaine d'autres centres similaires qui desservent les Anglophones. Nous n'aurions pas vraiment de justification politique, sociale ou autre, à copier ce que les quinze autres font. Notre spécificité réside dans la livraison de services en français et nous essayons de respecter ce mandat.

MK : Avec vingt-trois nationalités différentes, y a-t-il tout de même une population canadienne-française de souche qui fréquente le CMSC?

WR: Oui, bien sûr. Cependant, quand on fait le compte de toutes les personnes non de souche, elles sont plus nombreuses que les Canadiens-Français du Québec ou de l'Ontario, les Franco-Ontariens «pure laine». À Toronto, la proportion est en train de changer en faveur des gens nés ailleurs qu'au Canada. Au début, notre clientèle était plus largement constituée de Franco-Ontariens ou de Canadiens-Français d'origine. Graduellement, avec la popularité des services et du programme, nous avons attiré une clientèle extrêmement diversifiée, cosmopolite et internationale.

MK : Pensez-vous qu'il existe des préoccupations de santé spécifiques aux clients qui fréquentent le CMSC?

WR: Certaines problématiques que nous rencontrons ne sont sans doute pas spécifiques à la langue mais plutôt au fait que nous recevons une clientèle qui vient des tropiques. Nous avons, dans le domaine de la santé curative, par exemple, des cas de maladies tropicales. Mais, en général, la communauté francophone n'en est pas une qui a de graves problèmes de maladies industrielles, ou de plus graves problématiques que la moyenne. Les gens ne meurent pas de cancer plus vite que d'autres, ils ne sont pas atteints de SIDA plus que d'autres.

MK : Offrez-vous des services qui concernent plus particulièrement les femmes, par exemple?

*WR : Oui, nous avons des programmes comme *Maman et moi*, nous offrons des cours de parentage que fréquentent surtout des femmes. Nous avons des cours pré-nataux, des cours post-nataux et nous offrons des programmes de soins aux bébés qui attirent beaucoup plus les mamans que les papas. Nous n'avons pas un volet spécifique à la santé des femmes, mais nous avons des programmes qui s'adressent uniquement aux femmes.*

MK : Abordons plus en détail la philosophie de vos programmes. Vous vous appelez le Centre médico-social communautaire. Ce qui intrigue évidemment, c'est le rapport que vous établissez entre les trois mots : médical, social et communautaire. Quelle est la part du social, du médical et du communautaire? Est-ce que les trois composantes, ou du moins les deux composantes sociale et médicale, sont étanches, ou est-ce qu'elles communiquent entre elles? Comment cela se passe-t-il, concrètement?

WR : Il y a un énorme phénomène d'osmose entre les deux. Il y a des parois poreuses entre nos services. Notre philosophie, notre mandat, c'est de promouvoir la santé globale des Francophones sur le territoire de Toronto et de faciliter leur prise en charge. Puisque nous définissons la santé dans son sens le plus large, qui inclut la santé physique, psychologique, sociale, émotionnelle, et parce que nous nous targuons d'être le premier centre multidisciplinaire, nous capitalisons sérieusement sur l'aspect multidisciplinaire où l'individu n'est pas vu dans une optique étroite du genre «la psychothérapie et rien d'autre». Nous voyons l'individu dans son environnement, dans son contexte social, et nous essayons d'intervenir ou de le référer en prenant en considération sa globalité. Philosophiquement, nous n'avons pas une approche «pointue», mais plutôt une approche élargie. Les personnes que nous ne pouvons pas servir à l'interne, tant au niveau social qu'au niveau communautaire ou médical, nous essayons de les référer à des organismes qui vont pouvoir compléter notre gamme de services.

MK : Et comment cela se passe-t-il dans la pratique de tous les jours du centre et dans la mise en oeuvre quotidienne de cette approche globale?

WR: Prenons le cas d'un homme battu qui arrive avec un oeil au beurre noir... Nous ne voyons pas que l'oeil au beurre noir, nous voyons au-delà du phénomène médical. Il est en effet possible qu'il y ait des problématiques familiales qui expliquent cet oeil au beurre noir. À ce moment-là, les gens qui sont en charge des soins infirmiers ou médicaux vont s'occuper de l'oeil au beurre noir, mais vont aussi essayer d'aller plus loin en le référant pour une prise en charge par l'intervention sociale ou la psychothérapie, tout en respectant la confidentialité. Ils vont essayer de clarifier ce qui a provoqué ces incidents, avec le consentement de la personne. Nous ne truquons personne dans le processus. Nous établissons un climat de confiance qui permette aux gens de s'ouvrir. À ce moment-là, comme vous le voyez, un problème curatif conduit à une référence, toujours à l'interne, auprès d'intervenants en thérapie ou counselling familial. Il est possible aussi qu'une telle situation nous amène à faire appel aux services de la Société de l'aide à l'enfance si l'on se rend compte que toute la famille, elle aussi, en a besoin... qu'il y a des petits «au beurre noir», que ce n'est pas seulement papa qui a l'oeil au beurre noir. Vous avez donc quelqu'un qui nous est arrivé lundi matin avec un oeil au beurre noir et que, mercredi, nous sommes en train d'aider en facilitant des solutions au niveau familial. Plus encore, on peut trouver qu'il est nécessaire de recourir à des services juridiques en français, services qui ne sont pas disponibles chez nous. Nous nous arrangeons alors pour référer la personne à des services juridiques à l'externe, en français, et nous essayons de lui faciliter les démarches. Donc, l'individu seul n'est pas en cause... nous avons vérifié cinq yeux au beurre noir, mais nous avons vu une personne qui avait des besoins et recevait des services.

MK : Est-ce qu'une telle approche pourrait causer des défis particuliers au CMSC, tant aux niveaux organisationnel que financier?

WR: Les deux ministères qui nous subventionnent de façon primordiale, de façon abondante, sont tout à fait conscients que nous sommes un centre multidisciplinaire et que nous fonctionnons

ainsi. Une telle approche n'engage pas vraiment de dépenses supplémentaires. Une fois établis les systèmes, les mécanismes d'échange entre professionnels et les protocoles, il y a très peu d'impact financier. Seule une augmentation dans le volume de services demandés exige parfois une augmentation du personnel ou un transfert de priorités. C'est plutôt au niveau de l'établissement de protocoles internes, de points de contact, de points de repère qu'une telle approche se met en place. Par exemple, tous les jeudis, l'équipe multidisciplinaire se rencontre et discute des cas de clients communs pour qui il faut prendre une décision dans la continuité des soins.

On discute seulement de ce qui est nécessaire pour la prise de décision, et toujours dans la confidentialité et dans le respect de la personne. Nous nous assurons ainsi de la meilleure prise de décision possible, dans la mesure où chaque intervenant apporte un aspect, un éclairage différent. On pense ainsi respecter le mieux possible l'intérêt de la personne en question.

MK : Pensez-vous que, justement, cette approche disons médico-sociale correspond davantage au désir de la clientèle que vous avez? Ou quel est le rôle de la clientèle dans la définition de ce genre d'approche?

WR : Au besoin, on consulte la clientèle. Celle-ci évalue le Centre, les programmes et les services de façon ponctuelle et/ou de façon formelle. Par sa présence, la clientèle sanctionne certaines choses qui se font bien et nous permet de valider ou d'améliorer, de modifier certaines choses qui ne se font pas aussi bien. Parfois c'est leur absence à certains programmes qui nous donne une indication de ce qui ne marche pas. Parfois nous utilisons un mécanisme d'évaluation formelle. Mais la clientèle, évidemment, n'ayant pas toute l'expertise voulue, ne peut pas être partout, à tous les paliers, à tous les niveaux, en train de décider de ce qui va se faire ou ne pas se faire. Mais là où la clientèle a son apport, celui-ci est apprécié, recherché, utilisé.

MK : La clientèle est-elle représentée au CMSC?

WR : Absolument, avec un grand A, un grand B, un grand S... Parce

que les membres de notre Conseil d'administration ne se considèrent pas comme des bénévoles mais comme des représentants de la communauté. Les vrais propriétaires du Centre, ce sont les Francophones de Toronto, ce ne sont pas les ministères qui le subventionnent, pas plus que le personnel. La programmation répond aux besoins des clients. En bout de ligne, les propriétaires, ce sont ceux qui disent : «j'ai besoin de x, y ou z.»

Jusqu'à présent, il y a eu, dans l'évolution du CMSC, de 1980 jusqu'à 1994, beaucoup de travail en vase clos, de travail à l'interne, accompagné à l'occasion de validations par la clientèle. Maintenant que les services sont établis, nous voulons nous ouvrir davantage à la communauté et enrichir le volet communautaire. Nous n'avons pas encore défini comment, mais la planification stratégique en marche va nous aiguiller sur certaines pistes vers un dialogue différent avec la communauté. L'élite qui avait prévu en 1980 de mettre les services sur pied avait le champ libre. À présent, cet espace se restreint en faveur d'une implication communautaire.

MK : Nous en arrivons donc au troisième volet de votre nom : le Centre médico-social communautaire. D'après ce que vous dites, vous n'avez pas encore vraiment défini ce que vous appelleriez communautaire?

WR : Il y a des défis qui nous attendent, premièrement l'établissement de partenariats communautaires beaucoup plus formels. En effet, pour le moment, nous avons établi des partenariats avec à peu près tous les organismes francophones, même anglophones, pour mieux desservir notre clientèle. Ces partenariats ne sont cependant pas basés sur une philosophie qui a été pensée, établie et qu'on poursuit de façon acharnée et méthodique. Nos relations, notre dialogue avec notre communauté, n'ont pas non plus été établis. Notre publicité pour les rejoindre, le feedback dont j'ai parlé, ne sont pas suffisants. Nous voulons aller plus loin dans la recherche des besoins, la collecte des données, les études de marché. Nous voulons impliquer les Francophones beaucoup plus dans la prise en charge de leurs affaires, de leur santé. Pour ce faire, nos professionnels doivent alimenter le dialogue, pointer du doigt les domaines qui sont importants.

Un autre défi qui nous attend dans ce même contexte concerne notre position en tant que Francophones à l'égard des réformes en cours. Là, l'Ontario a décidé de réformer à peu près tout ce qui est réformable et, que ce soit louable ou non, cela se fait. Les Francophones ne sont pas présents dans ces réformes-là, ils sont absents des comités directeurs, des comités de consultation, des groupes focus ou même des listes de distribution de l'information initiale. C'est tout un défi pour nous, avec les maigres moyens du bord, de nous assurer que premièrement, les Francophones soient au courant de ce qui est réformé, et deuxièmement qu'ils connaissent les enjeux et les façons de se mobiliser, où frapper, où avoir un impact. C'est tout un défi pour nous de pouvoir mobiliser notre communauté pour qu'elle soit efficace dans ces réformes, pour qu'elle prenne la place qui lui revient.

MK : Pour ce qui est des réformes des soins de santé, que l'on dirait sans fin, est-ce qu'actuellement vous en voyez l'impact sur le Centre?

WR: Il n'y a pas eu d'impact encore, parce que je pense que la réforme, la restructuration des hôpitaux se préparent. Si certains hôpitaux ferment, certains soins seront relégués à la communauté. Comment cela sera-t-il fait? Avec des sous, sans sous? Avec des paroles, des promesses? Et avec du chantage? Tout est possible, mais ce n'est pas encore fait. Chaque hôpital en est encore à dire: «Oui, nous sommes d'accord pour la coupure, mais pas nous, coupez le voisin.» Chacun dit cela à tour de rôle; c'est la chaise musicale du roi Arthur. De plus, le gouvernement fédéral menace de couper les transferts de paiement aux provinces qui, en retour, ou bien vont prélever plus de taxes ou bien vont couper nos subventions. C'est à ce troisième niveau que nous allons surtout sentir l'impact. Ce n'est pas encore arrivé, mais on sent que la chaleur monte.

MK : Est-ce que le Centre se prépare d'une certaine façon à ces grands changements?

WR: Nous avons entrepris une opération de diversification de notre financement (que c'est bien dit !...). Nous pensons à la création

d'une seconde corporation, parallèle au CMSC, mais avec qui elle aurait des affinités. Cette corporation aurait les mains libres puisqu'elle ne serait pas subventionnée par les ministères. Les fonds qu'elle recueillerait pourraient être utilisés par le CMSC pour combler les coupures qui, nous le savons, viendront. Il y a donc prise de conscience : nous devons nous positionner financièrement pour ne pas être estropiés, handicapés.

MK : Pensez-vous justement, dans ce domaine-là, que le fait que vous soyez un centre de santé communautaire puisse vous donner des atouts pour survivre, ou même mieux vivre?

WR : Comme je l'ai dit tout à l'heure, il peut y avoir dévolution des responsabilités des hôpitaux et institutions vers la communauté. Tout le monde va applaudir, parce que notre crédibilité en prend de l'importance. «Nous sommes fantastiques, pourra-t-on dire, tout le monde nous fait confiance.» Cependant, cela se compare à adopter cinq enfants d'un coup : si vous n'avez pas les moyens financiers d'absorber le coût de cinq enfants de plus dans une famille de deux personnes, ce geste noble, ce coup de coeur, peut conduire à des difficultés. Si cette dévolution des responsabilités des institutions vers la communauté n'est pas accompagnée de moyens financiers concrets, c'est la mort des services communautaires. Vous faites asseoir un éléphant sur un petit écureuil et c'est fini, il est aplati. Nous devenons alors victimes de notre succès, victimes de notre crédibilité, et aussi victimes, peut-être, de l'incurie de nos dirigeants gouvernementaux. Je ne présume pas qu'ils soient comme ça, mais cela ne me surprendrait pas. D'autres l'ont fait. Faire des promesses vides, prendre des décisions qui ont des répercussions financières non respectées, cela peut être un danger réel. On l'a constaté dans le domaine de la santé mentale où les institutions psychiatriques sont appelées à fermer et à renvoyer les gens dans la communauté, pour mener une vie aussi normale que possible. Bravo! Félicitations! Excellent! Quelle vision! Cependant, cela fait quatre ans que nous demandons de l'argent supplémentaire pour embaucher des intervenants pour travailler avec ces personnes dans la communauté. Nous pouvons avoir accès à la formation, nous avons le

cadre d'opération, nous avons tout ce qu'il faut: la population, les clients, mais le ministère refuse de donner les subventions. On évoque toutes sortes d'excuses et de subterfuges pour donner ces argents aux centres anglophones déjà existants. Les Francophones, quant à eux, se heurtent toujours au même refus. Dans ce grand geste magnanime de fermeture d'institutions et de rejet dans la communauté d'individus, les Francophones se retrouvent doublement en peine.

MK : *Et en partie à cause d'obstacles qui se trouvent à un niveau politique, gouvernemental...*

WR : Administratif, bureaucratique, oui.

MK : *Vous venez d'évoquer les défis qui se posent à des centres communautaires de santé, mais avec la double caractéristique, évidemment, d'être francophone, d'être à l'autre bout du bâton.*

WR : Le bout ignoré du bâton. Souvent, je pense qu'il y a un peu de mauvaise foi, quand ce bout est ignoré.

MK : *Qu'est-ce que vous voulez dire par là?*

WR : C'est que nous avons, en Ontario, des conseils régionaux de santé. Ces nobles institutions sont indépendantes du ministère et sont donc hors de l'impact politique que les Francophones sont habitués à avoir auprès des ministères, où ils doivent être, malgré tout, considérés comme des citoyens et des contribuables à part entière. Ces organismes de planification ignorent cependant systématiquement les Francophones, que ce soit dans la région de Toronto, d'Algoma, de Cochrane ou peu importe le district, dans une région désignée, incluant Mississauga, entre autres. S'il n'y a aucun élément francophone dans ces organismes qui planifient la distribution des fonds et donc des services, qui approuvent et envoient au ministère ce qui est consacré, il n'y aura jamais rien de francophone de consacré, de béni, ni de véritables retombées.

MK : *Et vous pensez que ces «silences», ces «oublis» partent d'une volonté politique?*

WR : Oui, oui, oui, oui.

MK : *Ne pourrait-on pas y voir d'autres raisons: apathie ou difficulté de s'organiser en tant que Francophones en Ontario, étant donné la diversité sociale, régionale, et maintenant culturelle des Franco-Ontariens?*

WR : Vous souvenez-vous de votre question préliminaire quand vous me demandiez quel était l'impact d'un centre communautaire dans une communauté quelconque? C'est un impact de catalyseur. Quand vous avez des professionnels qui livrent des services avec des moyens inadéquats, qui mettent l'eau à la bouche des clients en leur montrant qu'ils peuvent avoir accès à des soins et des services de qualité, dans leur langue, à leur portée, les gens se demandent s'ils ne pourraient pas, justement, en obtenir davantage. C'est à ce moment-là que les professionnels, qui sont aussi en contact avec ce qui se brasse dans les ministères, dans différents départements, au sein de différents projets et initiatives, peuvent mettre ces informations à la portée de la clientèle. Sans les centres, les gens ne peuvent pas savoir ce qui se trame dans les réformes. Demandez par exemple à quelqu'un dans la rue ce qu'est la réforme de la pharmacologie; il ne pourrait pas vous répondre. Par contre, si vous mettez en place un système de santé communautaire, là, les diététistes, les infirmières peuvent traduire pour les gens ce que représente une telle réforme. Les centres de santé communautaire ont un effet catalyseur. Ils offrent des services, bien sûr, mais ils véhiculent aussi de l'information. Ils sensibilisent le public et réveillent les consciences. Ils ont aussi un rôle de revendication, parce qu'en ayant recueilli les besoins de la clientèle, ils peuvent aller maintenant frapper à certaines portes et dire: «nous savons que les besoins sont x, y, z.» Si elle n'a pas cet outil de développement, au niveau de la santé, du développement social et communautaire, une communauté est plus démunie qu'une autre.

MK : *Pour continuer à parler du contexte politique dans lequel peut naître et se développer un centre de santé communautaire, posons la question de la réussite et du succès. Étant donné votre expérience personnelle de directeur de centre, et étant donné les diversités régionales que vous connaissez, quels ont été, à votre avis, les instruments de réussite du CMSC? Beaucoup de centres sont en train de se mettre en place. Quels seraient les instruments de réussite que vous choisiriez de partager avec ces organismes qui n'en sont qu'à leurs débuts?*

WR : Sans être prétentieux, il faut d'abord, pour connaître un succès à long terme, que les besoins de la clientèle soient identifiés avec le plus grand soin possible. À ceci j'ajoute une volonté, un courage de la part des Francophones pour défendre leurs points de vue, parce qu'ils nagent un peu comme des saumons, à contre-courant, le courant qui valorise l'uniformité à l'anglo-saxonne. «Puisque vous êtes en Ontario, vous devez parler anglais : *Everything is available, why don't you speak English?*» Or nous venons contrecarrer tout cela, avec des services en français. Il faut une volonté politique de la part des personnes engagées à défendre leur point, à se battre, à frapper aux portes, à se faire entendre, à se faire dire non et revenir à la charge. Il faut s'allier des professionnels convaincus, des gens qui sont presque des missionnaires, des gens qui y sont pour la cause autant que pour la satisfaction personnelle; bref, des gens qui croient dans le phénomène francophone, qui croient à sa survie et qui sont prêts à y mettre du 110, 115, 120 %. Il faut également mettre sur pied des services de qualité, qui ne vont pas décevoir les gens. La qualité des services est une valeur essentielle pour que les gens y aient recours. Il faut adopter une attitude qui mette en valeur l'accessibilité des services: malgré toute notre compétence, tous nos jargons, nos diplômes et notre préparation, il faut se mettre au niveau des gens, les mettre à l'aise pour qu'ils se sentent accueillis tels qu'ils sont. Il faut aussi constamment évaluer, remettre en question ce qu'on fait, de façon à s'ajuster, à se repositionner, à se modifier.

MK : *Ne serait-il pas important de mentionner ici l'accessibilité des services à des clientèles très diverses, telles que vous l'évoquiez au début de notre*

conversation, accessibilité qui doit aussi atteindre les minorités au sein même de la minorité franco-ontarienne?

WR : Là où il y a demande, il faut absolument que la diversité de la communauté desservie soit reflétée dans le personnel. Sinon, un pourcentage ne croira jamais à l'accessibilité du centre. Si vous avez uniquement des Québécois «de souche» comme membres du personnel — notez bien que je n'ai rien contre les Québécois — vous pouvez annoncer à tort et à travers que vos services sont diversifiés, un pourcentage de la population n'y croira pas. Vous embauchez une personne de couleur différente des Québécois blancs et là, tout d'un coup, une autre clientèle va venir, qui se sent à l'aise, qui n'a même pas besoin de parler à cette personne, mais qui sent que c'est un milieu où il y a du semblable à soi. Et les gens sont attirés par le semblable... Les Francophones viennent ici parce qu'il y a du semblable au point de vue linguistique. Les Zaïrois viennent parce qu'ils savent qu'au Centre, il y a quelqu'un du Zaïre, les Haitiens viennent parce qu'il y a des Haitiens dans le personnel, et c'est la même chose pour les gens du Vietnam, de la Martinique, de la Suisse, etc. Parce qu'ils sentent, ils entendent un accent qui leur est familier, ils se sentent un peu chez eux. Donc, là où c'est exigé, il faut le faire. À Sault-Ste-Marie, ce n'est peut-être pas le cas, car ce n'est pas Toronto, mais Ottawa, par exemple, pourrait suivre ce modèle-là, parce que la diversité est là. Il faudrait toujours être sensible et refléter cette diversité tant au niveau des représentants qu'au niveau du personnel qui livre des services. Les gens ne vous diront jamais : «Je ne viens pas souvent parce que je ne suis pas à l'aise.» Mais les gens viendront s'ils sont à l'aise. Et cela contribue positivement à la réussite d'un centre comme le nôtre. Personne ne vous dira : «C'est parce que vous avez seulement des Noirs comme personnel que je ne viens pas.» Mais si vous mettez deux ou trois Blancs parmi les Noirs, vous allez voir, ça va marcher...

MK : *D'où, encore une fois, la nécessité d'identifier les besoins de la population.*

WR : Nous avons fait, par exemple, un dépistage anonyme, parce qu'il y en avait un réel besoin parmi les Francophones. Nous en faisons dans nos deux points de service, ici et à Fairview. Nous

avons des gens qui sont formés spécialement pour faire ce genre d'enquête. Certaines personnes nous demandent parfois de mettre sur pied de nouveaux programmes, mais nous ne le faisons pas si nous n'en percevons pas le besoin dans la population que nous desservons. Par contre, nous initions parfois des projets parce que nous savons que ce besoin existe, même s'il n'est pas clairement formulé. Par exemple, nous avons fait des déclarations contre l'excision clitoridienne, parce que nous avons des clientes qui vivaient dans ce contexte-là. Nous avons sensibilisé notre personnel à toutes ces coutumes, ces pratiques, comment ça se fait, pourquoi ça se fait, etc. Nous sentions qu'il y avait un besoin. Si on perd contact avec la communauté, on devient élitiste, et on meurt.

MK : Y a-t-il un programme, un projet ou un service du CMSC que vous voudriez partager avec les lecteurs, parce qu'il est innovateur et parce que vous en êtes particulièrement fier?

WR : Peut-être est-ce notre photorama *Assez*. Dans nos efforts de lutte contre la violence, nous avons conçu et réalisé un photorama intitulé *Assez!* Ce photorama n'existe dans aucun autre centre. D'ailleurs il est maintenant rendu en France, en Suisse, en Belgique et les gens peuvent le copier partout. Il reprend trois petites vignettes représentant différentes situations de violence. Le ministère nous a demandé de le traduire en lingala pour les communautés zaïroises qui comprennent le lingala et en créole pour les communautés haïtiennes. Ce fut un projet unique et inédit.

MK : Et comment utilisez-vous le photorama? Comme base de départ pour une animation?

WR : Oui. Le ministère nous a demandé d'aller au-delà de notre mandat local et de faire une tournée provinciale. Nous avons établi un partenariat avec un autre organisme à mandat provincial et nous avons offert des ateliers dans beaucoup de régions désignées, nous y avons formé des gens du milieu, des enseignants, des enseignantes, des travailleurs sociaux, pour qu'ils utilisent *Assez!* comme

outil d'animation et puissent développer des ressources locales répondant aux besoins spécifiques des gens. Les besoins d'un refuge pour femmes à Toronto ne ressemblent pas à ceux de Pénétang ou de Hawkesbury, par exemple. Dans la formation des animateurs et animatrices locales, nous nous sommes arrangés pour que les gens comprennent la nécessité d'aller chercher sur place leurs propres ressources.

MK : En résumé, quels sont les défis particuliers qui s'offrent à un organisme de santé communautaire francophone comme le vôtre?

WR : Je parle évidemment de la position d'un centre qui est déjà établi. Le défi de ce centre est différent du défi, par exemple, qui se pose à la communauté de Windsor, qui essaie d'avoir un Centre qu'il n'aura sans doute pas. Le défi, pour nous, c'est de nous frayer un chemin à travers la bureaucratie, à travers la volonté politique. Faire reconnaître le fait français constitue le défi majeur. Une fois le fait français reconnu et accepté, le reste, la compétence, la mise sur pied, n'est pas un problème pour les Francophones. C'est cette reconnaissance initiale qui est extrêmement importante. À Kapuskasing où on est en train de mettre sur pied un centre, le défi est peut-être différent. Même chose pour Cornwall, Sudbury, Hamilton-Welland ou le Témiskamingue. La communauté du Témiskamingue rencontre d'ailleurs une opposition extraordinaire. Tant que le Centre n'en était qu'à l'état de projet, les Anglophones, les médecins, les hôpitaux disaient : «Laissez-les donc, les Francophones, ils se réunissent, ce n'est pas grave.» Le ministère a accordé un budget; le Témiskamingue va donc avoir son centre de santé communautaire francophone. La première réaction a été : «On doit empêcher ça, ça se peut pas, ça ne doit pas.» C'est de ce genre de choses dont je parle. À Timmins, c'est pareil. La communauté francophone avait demandé un centre; on lui a donné 200 000 \$ pour faire un petit projet de santé, pour publier des petits dépliants et informer la population sur certains sujets. Les gens se sont seulement nommés «Centre de santé communautaire de Timmins» et le Conseil régional de santé, de complicité avec le ministère de la Santé, leur a dit qu'ils ne pouvaient

pas faire cela, qu'ils n'étaient pas un Centre et ne pouvaient donc pas s'appeler ainsi. Cela a écrasé bien des enthousiasmes. C'est cette volonté politique, c'est ce marasme bureaucratique qui est le plus grand défi posé aux Francophones. S'ils avaient été reconnus, avaient été invités à s'asseoir aux tables de concertation et de décision, au même titre que les Anglophones, cela aurait été différent. Mais nous frappons à la porte, on n'ouvre pas, nous frappons, nous donnons des coups de pied, nous crions, on n'ouvre pas. Alors nous devons prendre les marteaux-pilons, la dynamite, enfin, quelque chose!

MK : *Tant que ça?*

WR : C'est ça, pas la bombe, quand même.